277

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1914 — N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Pleurésies bilatérales

Leur Fréquence

PAR

Jean APCHIN

NÉ A AURILLAC (CANTAL), LE 18 MAI 1886

BIBLIOTECA

Président : M. le Professeur ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

DE MON PÈRE

Ils m'ont légué un passé d'honneur

A MA SŒUR LYLIE

Avec joie elle se dévoua

A MES AUTRES BONS FRÈRES ET SŒURS

A MA TANTE

51436

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A NOS MAITRES

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur SEGOND

(*In memoriam*)

Monsieur le Docteur FAISANS

Monsieur le Docteur DARIER

Monsieur le Docteur REYNIER

Monsieur le Docteur PICQUÉ

Monsieur le Docteur GRÉGOIRE

Monsieur le Docteur POTOCKI

Monsieur le Docteur SAUVAGE

Messieurs les Docteurs SAUVÉ, DENICKER

EHRENPREISS, TOURAINE, CIVATTE

Témoignage de notre vive reconnaissance.

PRÉFACE

C'est à notre Maître et distingué compatriote M. le docteur F. Ramond, médecin de l'hôpital St-Antoine, que nous avons eu le plaisir et l'honneur de demander ce sujet de thèse.

Un article original et quelque peu paradoxal sur les « pleurésies bilatérales » venait de paraître dans le bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 29 janvier 1914.

A l'opinion classique qui veut que la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse soit unilatérale il opposait la fréquence des réactions liquides des 2 plèvres.

A celle qui veut que la pleurésie soit une des affections thoraciques les plus faciles à dépister il opposait le résultat de ses recherches patientes qui l'ont confirmé dans la pensée qu'elle est, au contraire, une de celles qui passent le plus facilement inaperçues.

Au gros épanchement solitaire il donnait un humble compagnon méconnu et cependant constant dans près de la moitié des cas « Les épanchements abondants, dit-il, sont relativement rares, tandis que les épanchements minimes, qui ne fournissent qu'une très mince lame de liquide de 1|2 centimètre ordinairement' sont les plus fréquents. »

Enfin, aux signes nombreux et de différente valeur de la pleurésie il ajoutait un signe plus fidèle, plus constant dans la recherche de ces petits épanchements le « signe des spinaux.» C'est ce signe qui fut notre fidèle guide dans nos modestes recherches. Il nous a été donné d'en constater fréquemment la grande valeur diagnostique.

Notre travail a été un travail de contrôle.

C'est sans parti-pris que nous nous sommes laissé guider dans nos recherches.

Et maintenant nous avons bien le droit de dire à notre Maître notre reconnaissance et nos remerciements pour ses conseils autorisés ; et aussi notre joie d'avoir pu consacrer cette thèse de fin d'études à la pleine confirmation de ses vues.

DÉBUT

Si on néglige les pleurésies dites aseptiques d'origine nutritive ou circulatoire, telles que celles dues aux infarctus pulmonaires ou au mal de Bright, aux congestions œdémateuses, passives, aux cachexies de toutes sortes et dans lesquelles le liquide se répand d'une façon presque mécanique dans les deux plèvres en quantité plus ou moins égale, on peut dire que les gros épanchements bilatéraux, d'origine infectieuse, dus aux différents microbes qui sont les hôtes pathologiques de la cavité pleurale, (bacille de Koch), pneumoccoque, streptoccoque, etc, sont très rares. Si nous reconnaissons que le gros épanchement pleural, chez l'homme du moins, reste unilatéral, il n'en est pas moins vrai que la réaction pleurale du côté apparemment sain, pour être moins tapageuse que sa voisine, existe et ne s'était révélée, jusqu'à aujourd'hui, à aucun clinicien avec son caractère de modestie et de fré-

quence. Parfois aussi le clinicien a l'attention éveillée par des symptômes tout autres que ceux d'une pleurésie. L'auscultation pulmonaire a été négative et cependant il y a du liquide, en minime quantité il est vrai, dans les plèvres.

Or, ces épanchements sont les plus fréquents. « Ce sont ces modestes pleurésies qui passent inaperçues dans la majorité des cas parce qu'elles ne donnent lieu qu'à fort peu de symptômes. Elles ne s'accompagnent pas de voussure thoracique ; elles ne s'opposent pas à la transmission des vibrations vocales ; leur matité est très superficielle, à peine marquée. A l'auscultation, il n'y a pas de diminution appréciable du murmure vésiculaire : le souffle aigre et lointain de Laennec, l'égophonie, la pectoriloquie aphone sont le propre des épanchements déjà abondants. Ajoutez que les râles congestifs de la base se transmettent parfaitement à l'oreille ; et on avouera qu'il n'y a rien qui rappelle les symptômes admirablement décrits par Dieulafoy. Aussi l'épanchement passera-t-il inaperçu tant que le liquide ne sera pas plus abondant, et l'expérience a montré que très souvent cette pleurésie n'évoluait pas vers le gros épanchement. »

Ce sont de ces modestes pleurésies, plus ou moins latentes, accompagnant si souvent le gros épanchement que nous nous occuperons dans cette thèse. C'est par la pratique méthodique de la ponction exploratrice après constatation du « signe des spinaux » et parfois aussi de celui de Grocco que

F. Ramond est arrivé à découvrir la fréquence des pleurésies latentes et celle des pleurésies bilatérales.

La classique pleurésie séro-fibrineuse unilatérale devient ainsi dans près du 1/3 des cas, dit-il, une pleurésie bilatérale.

Nous aurons pour objet dans cette thèse : *1*) de montrer quels signes peuvent faire soupçonner la pleurésie latente et quels moyens on peut employer pour découvrir du liquide, même en très minime quantité, dans une plèvre.

2) Quelles considérations d'ordre anatomique et expérimentale peuvent expliquer la fréquence de l'infection simultanée des 2 plèvres.

3) Le nombre de preuves cliniques de la pleurésie bilatérale par une série d'observations.

4) Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

De la Recherche des petits épanchements

A. **Signes des spinaux:**

La pleurésie, éveille chez tout clinicien, un ensemble symptomatique important capable de faire faire facilement son diagnostic. Il n'est peut-être pas de maladie à symptomatologie aussi riche qu'elle : frissons, point de côté ordinairement violent, toux brève et sèche, dyspnée pas toujours en rapport avec la quantité de liquide épanché, fièvre oscillant entre 38°5 et 39°. Voilà pour les symptômes généraux et fonctionnels.

Les signes physiques ne sont pas moins nombreux. L'inspection révèle l'abolition ou la diminution de l'expansion inspiratoire du côté malade, et par contre une expansion nettement exagérée du côté sain, une dilatation du côté malade si l'épan-

chement est abondant. Cette dernière peut-être mise en évidence par la mensuration comparative des 2 côtés du thorax avec un ruban métrique, par la cyrtométrie, par l'amplexation thoracique, par le signe du cordeau de Pitres. On a noté aussi l'atrophie des muscles thoraciques et l'œdème de la peau du coté malade.

La palpation fournit un signe très important, c'est d'abord au début une diminution des vibrations thoraciques remplacée bientôt par une abolition complète de ces mêmes vibrations.

La percussion révèle au début une submatité qui ne tarde pas à se changer en une matité dure (matité hydrique) remontant plus ou moins haut suivant la grandeur de l'épanchement ;

Du skodisme sous la clavicule ;

Enfin le déplacement des organes voisins : cœur, foie, rate.

L'auscultation fait entendre le bruit du frottement à la phase de pleurésie sèche, puis successivement le murmure vésiculaire disparaît pour être remplacé plus tard par le souffle pleurétique. Notons l'égophonie, la pectoriloquie aphone.

Enfin la radioscopie et la radiographie viennent apporter leur part contributive à cette richesse symptomatique tandis que la ponction capillaire avec l'aiguille et la seringue de Prava fournissent la preuve évidente de l'épanchement.

Voilà énumérés les principaux symptômes de la pleurésie classique. Et cependant, à part la ponction

exploratrice, aucun de ces signes n'est pathognomonique. Aucun d'eux constant.

« Prenons (1) une pleurésie à son début, n'ayant encore qu'une très mince lame de liquide, comme nous avons pu le constater très souvent maintenant que nous pouvons dépister l'inflammation pleurale tout à son début grâce au signe des spinaux. Il n'y a pas encore de matité appréciable : les vibrations existent identiques des 2 côtés: point de diminution marquée de la respiration, point de souffle. L'image radioscopique est transparente : enfin l'aiguille enfoncée traverse le plus souvent la très mince nappe de sérosité sans donner issue à du liquide. Si la pleurésie évolue, les signes apparaîtront, le diagnostic s'établira et le mal ne sera pas grand. Mais très fréquemment l'épanchement n'augmente pas puis disparaît en quelques jours et plus tard l'on est tout étonné de voir s'installer une tuberculose pulmonaire dont l'acte pleural ne s'est point signalé à l'attention du clinicien »

Devant une symptomalogie aussi frustre, on comprend que les pleurésies lamellaires soient passées longtemps inaperçues. Nous croyons avec le Dr Ramond que le signe des spinaux est destiné à rendre le plus grand service pour leur diagnostic. Il nous a servi de guide dans la recherche de nos observations personnelles et nous avons été heureux d'en démontrer la valeur clinique dans les différents services où nous sommes allés. Partout où il existait,

(1) F. Ramond, (Presse médicale 15 Mai 1913)

nous avons ponctionné et nous avons trouvé du liquide.

Souvent aussi il nous a servi à dépister chez un malade à étiquette clinique d'attente un léger épanchement avant qu'aucun autre signe ne révèle une atteinte pleurale. Aussi croyons-nous être utile aux praticiens en lui consacrant une description minutieuse.

C'est dans le Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris 1910 que F. Ramond, pour la première fois, fit connaître un nouveau signe de pleurésie qu'il avait observé minutieusement sur de nombreux malades à la consultation de la Pitié et de St-Antoine. Il lui donnait le nom de « signes des spinaux. »

Le 17 déc. 1910, il fait une nouvelle communication dans le Progrès Médical, où il annonçait que, parfois, le signe des spinaux est légèrement ébauché du côté sain.

Dans la *Presse médicale* du 15 mai 1913, après avoir éliminé toutes les causes d'erreur capables de vicier la valeur diagnostique du signe des spinaux, il établit son importance diagnostique au début des pleurésies. « Grâce à lui, dit-il, nous pourrons dépister des épanchements cliniquement inappréciables et nous verrons ainsi que la pleurésie séreuse, en comptant tous les cas à très faible épanchement, est peut-être la plus fréquente des affections thoraciques et que, loin d'être le plus souvent unilatérale, elle est fréquemment bilatérale. » Enfin le 29 janvier 1914 un long article dans le Bulletin de la So-

ciété Médicale des hôpitaux venait confirmer ses vues : Ce signe des spinaux lui avait permis de démontrer la fréquence des pleurésies bilatérales.

Description :

Les gouttières rachidiennes sont tapissées superficiellement à la région lombaire par 2 muscles : le long dorsal en dedans et l'iléo-costal en dehors. Ce sont ces 2 muscles qui règlent la statique de la colonne vertébrale.

Chez l'homme normal, dans la position verticale ils forment de chaque côté des apophyses spineuses une saillie musculaire longitudinale égale de chaque côté. Cette saillie a pour limite en dedans les apophyses épineuses, en haut la 12e côte, en bas la symphyse sacro-iliaque et la crête iliaque, en dehors le bord musculaire de l'iléo costal. Normalement, dans la rectitude du tronc, les muscles spinaux ont 1 à 2 travers de doigt de diamètre transversal dans chaque gouttière quand on les palpe au-dessous de la 12e côte.

Si on fait incliner le tronc d'un côté, les muscles opposés se mettent aussitôt en tension et on constate leur élargissement en même temps que leur dureté. Ceux du côté où le tronc s'incline gardent leur tonicité, propre à tout muscle, mais n'entrent nullement en contraction.

Examinons maintenant le dos d'un pleurétique.

A la vue il paraît comme figé, comme paralysé du

côté malade. La masse musculaire lombaire est étendue en largeur formant parfois en dehors un rebord net. Elle occupe presque tout l'espace décrit plus haut. Les mouvements de flexion du tronc du côté malade ne relachent en rien leur contracture : la masse musculaire est immobile.

La palpation mieux que la vue rend compte de cet élargissement musculaire dû à leur contracture : si on insinue doucement les doigts, pour éviter au malade toute surprise capable de provoquer une contracture de défense, sous le rebord de la douzième côte de dehors en dedans on ne tarde pas à être arrêté à 3-4-5 et même 6 travers de doigt par une saillie-musculaire due à la contracture de l'iléo-costal. De plus, on se rend compte par le palper superficiel que le creux, la gouttière qui existe à l'état normal entre les 2 muscles n'existe plus et que la masse est continue, commune.

D'autre part, on la sent contractée. On se rend compte plus facilement de la contracture spasmodique de ces muscles en fléchissant le tronc du côté malade d'abord puis du côté sain.

Du coté malade on remarque :

1° Que la masse musculaire est plus facilement sentie ;

2° Qu'elle est en contraction, qu'elle ne perd pas sa tonicité malgré l'hyperflexion du tronc de ce côté.

Faisons la même chose du côté sain :

On sent facilement la masse musculaire, mais on

remarque qu'elle est moins large que du côté opposé et que les muscles sont relachés. Voilà donc les deux signes cardinaux : à la vue, élargissement, étalement des muscles ; à la palpation, élargissement et contracture des muscles spinaux, sensation de caoutchouc. Un autre signe vient souvent s'ajouter aux précédents. C'est le « signe du marteau ». C'est un signe secondaire qui peut manquer quelquefois, mais dont la présence cependant ne rend que plus net le signe des spinaux.

On le met en évidence en percutant doucement avec un marteau à reflexes la région dorsale entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale à 2 ou 3 travers de doigt en dehors des apophyses épineuses à la hauteur des 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales.

Dans ces conditions on a 2 sortes de sensations : une tactile, l'autre visuelle.

« Celle-ci (1) se révèle par une contraction réflexe visible à l'œil nu de tout le faisceau moyen du long dorsal. Elle part du point percuté pour aboutir en bas aux attaches épineuses lombaires.

La sensation tactile, bien que fournissant une donnée moins objectine, est plus importante.

Nous avons déjà vu que la palpation de la masse musculaire lombaire donnait du côté de la pleurésie immédiatement au dessous de la 12e côte une sensation de tension élastique en même temps que l'élargissement de la masse. Cette sensation s'accuse par la percussion au marteau, des attaches supérieures du long dorsal. Tantôt le muscle semble vi-

(1). Thèse Lauriat, 1910, Paris.

brer comme une masse de caoutchouc dur que l'on frapperait, tantôt ses fibres se contractent sous le doigt. »

En résumé, saillie, dureté et élargissement des muscles encore accentués par la percussion du faisceau moyen du grand dorsal tels sont les caractères objectifs du signe des spinaux.

« Qu'il est en réalité (1) : une contracture musculaire réflexe des muscles spinaux tendant à immobiliser le thorax et la plèvre malades est comparable, en somme, à celle qui accompagne toute inflammation des séreuses : contractions des muscles de la nuque et du rachis dans la méningite, contracture des intercostaux (Pottinger), contracture des muscles abdominaux dans la péritonite, contracture des muscles péri-articulaires dans les arthrites ».

Ce signe pour être recherché demande des précautions à prendre. Le malade sera assis sur une chaise et non sur son lit, à moins que celui-ci ne soit très résistant ; « un lit mou (1) amène en effet des contractures réflexes de tous les muscles du tronc dans un but d'équilibre ; il faut avoir soin que le buste soit perpendiculaire au plan du siège une faible inclinaison en avant amenant naturellement la mise en tension des muscles spinaux. »

Nous nous sommes bien trouvé dans des cas douteux de faire étendre le malade à plat ventre sur son lit. On lui glisse un oreiller sous l'abdomen et on obtient ainsi un relâchement des muscles du rachis

(1) F. Ramond (Presse médicale, 15 mai 1913).
(2) F. Ramond (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 29 janvier 1914).

complet que possible. Ces conditions permettent d'éliminer toute contracture réflexe dans un but d'équilibre et la constation de la contracture des masses lombaires acquiert une valeur plus grande.

Nous devons en plus nous mettre en garde contres des causes d'erreur capables de vicier l'interprétation légitime de cette saillie des muscles lombaires. Ramond, avec raison, ne cesse de répéter que cette saillie peut s'observer en dehors de toute lésion de la plèvre dans bien des circonstances.

« C'est ainsi (1) que chez des ouvriers robustes et vigoureux, habitués à travailler plus ou moins inclinés, comme les terrassiers, les muscles spinaux acquièrent un développement anormal qui pourrait en imposer à première vue. Sans doute aussi toute douleur régionale amène une contracture réflexe spinale avec mise en tension des muscles lombaires, comme au cours du lumbago, du mal de Pott dorso-lombaire, des arthrites vertébrales rhumatismales, du rhumatisme sacro-iliaque, des névralgies inter costales bas situées, du zona lombaire, des coliques néphrétiques, de la péritonite aigüe postérieure de la sciatique. Sans doute enfin chez les lordotiques, les femmes surtout, les muscles spinaux sont en état de tension permanente. Mais ce sont là toutes causes faciles à dépister. Si aucune d'elles n'est à envisager, on peut affirmer qu'il existe une inflammation pleurale, que celle-ci soit une pleurésie sèche ou une pleurésie à épanchement. »

(1) F. Ramond, Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 29 janvier 1914.

La fréquence de ce symptôme est très grande si bien que Ramond était arrivé à cette conclusion après vérification par la ponction exploratrice que la pleurésie est peut-être la plus fréquente des affections pulmonaires.

« Le signe des spinaux (1) est surtout prononcé du côté pleurétique ; il est toujours plus ou moins ébauché du côté sain, par suite d'une contracture vicariante qui tend à immobiliser davantage la base du thorax enflammé. Mais il arrive environ une fois sur trois d'après une statistique que j'ai pu faire à la consultation de médecine de l'hôpital St-Antoine que le signe est également marqué des 2 côtés, parfois même plus accusé du côté apparemment sain. Cette particularité restait inexplicable jusqu'au jour où j'eus l'idée d'explorer simultanément les deux bases thoraciques et en prenant toutes les précautions déjà exposées plus haut, il me fut des plus faciles de relever la bilatéralité de l'épanchement. »

L'importance de ce signe ressortira suffisamment des observations que nous publions plus loin.

Du signe de Grocco :

Ramond attache une certaine importance au signe de Grocco dans la recherche des épanchements pleuraux minimes. Dès la fin de 1910 il avait constaté que ce signe existait avec un léger épanchement. Ses recherches depuis tendent à confirmer sa pre-

(1) F. Ramond. Bulletin de la société médicale des Hôpitaux de Paris. 29 janvier 1914.

mière opinion. Nous même avons eu l'occasion de le constater et de trouver du liquide dans la plèvre réputée saine. Aussi croyons-nous devoir en donner une description succinte bien que nous attachions à ce signe beaucoup moins d'importance qu'au précédent dans les recherches des pleurésies latentes.

Description :

C'est la percussion qui met en lumière ce signe en délimitant une aire de matité triangulaire para vertébrale du côté opposé à la pleurésie. Ce symptôme clinique a été décrit par Grocco, en 1902 au congrès de la société italienne de médecine.

« Il s'agit, dit Castaigne, dans son livre du médecin, d'une aire de matité relative affectant la forme d'un triangle rectangle. Ce triangle est limité en dedans par la ligne des apophyses épineuses. Sa base large de 2 à 5 cts. correspond aux confins inférieurs de la sonorité thoracique, l'hypoténuse marque la ligne de démarcation entre le son pulmonaire normal et la zone mate : elle part de la base et remonte obliquement pour rejoindre à angle aigu la colonne vertébrale. Grocco insista sur ce fait que le côté incliné du triangle, remonte toujours jusqu'à la ligne de matité de l'épanchement siégeant du côté opposé.

Dans toute l'étendue de ce triangle, non seulement ce son est mat, mais on a, par la percussion, une sensation de résistance au doigt. A l'auscultation, il y a une diminution du murmure vésicu-

laire même de la pectoriloquie. La radioscopie montre à ce niveau une ombre nette. Cette ombre est mobile; si le malade se couche sur le côté opposé elle disparaît. Si on ponctionne le liquide elle diminue ou disparaît. Elle reparaît si l'épanchement du côté opposé se reproduit.»

Les différentes explications que l'on donne de ce signe nous importent peu. Il en est de même de la valeur diagnostique que les cliniciens lui accordent d'une façon si inégale. Retenons cependant l'affirmation de Castaigne. « Il est certain que, dans quelques cas, il s'agit d'un épanchement du côté opposé à la pleurésie. «C'est à ce titre que nous l'avons décrit et nous croyons que si l'on ponctionnait systématiquement la plèvre du côté où il existe, on trouverait très souvent du liquide et qu'ainsi les divergences d'interprétation de ce signe cèderaient devant ce fait d'observation que signe de Grocco égale épanchement pleural du côté où il existe.

C. **De la ponction exploratrice :**

On comprend tout l'intérêt que nous attachons à cette exploration. C'est elle qui a donné toute sa valeur clinique au signe des spinaux, c'est elle qui le contrôle encore et est c'elle qui donne la preuve la plus convaincante de l'épanchement. Aussi l'avons-nous employé systématiquement, à l'exemple du Dr Ramond, chaque fois que nous avons trouvé, le signe des spinaux et c'est d'après ses données

que la fréquence des pleurésies bilatérales fût appréciée.

C'est d'ailleurs une petite intervention sans gravité que tout praticien peut et doit employer chaque fois qu'un signe quelconque si minime soit-il éveille en lui l'idée d'un trouble survenu dans le jeu de glissement des 2 plèvres.

Il paraîtrait superflu, sans doute, de décrire la technique de la ponction exploratrice telle qu'on la pratique journellement dans les hôpitaux si nous ne pensions apporter quelques éléments utiles à la recherche des épanchements peu abondants, étalés, comme clivés entre les 2 feuillets de la séreuse pleurale. Il ne faut pas, dans ce cas, se dissimuler la difficulté de la recherche du liquide, et si le peu de symptomatologie de ces humbles épanchements explique qu'ils soient restés jusqu'à nos jours ignorés, nous nous autorisons de la longue expérience du Dr Ramond, en ce genre d'exploration, pour dire que c'est souvent par technique défectueuse que les cliniciens sont passés à côté d'eux.

Il est bien entendu que les indications que nous donnons ne concernent que la ponction du grand cul de sac pleural à sa partie la plus déclive. Les pleurésies enkystées, interlombaires, nécessitent souvent un outillage spécial et une technique qu'il ne nous appartient pas de décrire.

Le médecin aura à sa disposition une seringue en verre de 2cmc environ, facile à nettoyer et une ai-

guille de Pravaz dont on aura vérifié auparavant la parfaite perméabilité.

Le malade sera assis sur son lit et l'on se mettra en devoir de rechercher l'espace intercostal où l'on devra faire pénétrer l'aiguille. Les avis divergent quand il s'agit de prendre son point de repère. Les uns conseillent de ponctionner dans les 8e et 7e espace intercostal sur la ligne axillaire ; les autres préfèrent ponctionner toujours dans les mêmes espaces mais sur la verticale partant de l'angle inférieur de l'omoplate. Certains enfin recommandent le point de jonction de 2 lignes, l'une horizontale partant du mamelon, l'autre verticale partant du bord antérieur de l'aisselle si l'épanchement est abondant, du milieu de l'aisselle si l'épanchement est moins abondant. Dans le 1er cas on ponctionne dans le 5e espace, dans le 2e, dans le 6e.

L'intérêt d'un point de repère dans ce cas de gros ou moyen épanchement est minime : toute la partie inférieure de la plèvre est remplie de liquide, et peu importe le point de repère, à condition toutefois d'éviter les zones dangereuses. Faut-il ponctionner dans les 7e au 8e espaces intercostaux ? Sans doute si l'épanchement se manifeste par quelques signes stéthoscopiques, si on a lieu de penser que le liquide est en assez grande abondance on pourra faire porter son intervention dans ces espaces. Mais dans les cas nombreux, et ce sont précisément ceux qui nous intéressent, où aucun signe stéthoscopique ne peut faire soupçonner du li-

quide et où par ailleurs on a l'attention éveillée par le signe des spinaux ou de Grocco, ou simplement par une douleur névralgique, nous croyons avec Ramond qu'il faut ponctionner plus bas dans le 9e et même dans le 10e espace intercostal. Dans ces conditions il y a intérêt à prendre comme point de repère non pas le point de rencontre du 9e espace intercostal et de la ligne verticale descendant de la pointe de l'omoplate, mais bien le point de rencontre de ce même espace avec la ligne axillaire. On se met ainsi dans les meilleures conditions pour fouiller le fond de la plèvre puisque c'est sur cette ligne qu'elle descend le plus bas, et que le liquide a dû s'accumuler le plus facilement.

« A ce moment (1) on enfonce l'aiguille tout d'abord jusqu'à pénétrer un peu dans le poumon ; ce dont on s'aperçoit facilement par les mouvements verticaux de son extrémité libre à chaque mouvement respiratoire. On ajuste la seringue, on fait le vide puis on retire lentement l'aiguille. Avec un peu d'habitude, on sent le moment précis où la pointe quitte le poumon ; le liquide affleure alors dans l'aiguille avec plus ou moins d'impétuosité. Si la ponction est blanche, je pique un peu plus bas ou bien j'incline l'aiguille dans plusieurs sens, de façon à fouiller un champ plus considérable de la cavité pleurale. »

F. Ramond emploie souvent à cet effet une aiguille et un petit Trocart capillaire dont voici la description.

(1) F. Ramnd. (Bulletin de la Société Médicale des Hôritaux de Paris, 29 janvier).

L'aiguille a une longueur de 5 cts. Son diamètre est de 2mm 12/. Son biseau est très court, finement aiguisé et fermé par une lamelle métallique. Latéralement elle porte deux fenêtres ovales de 2mm de longueur. La première située d'un côté est à 1 ct de l'extrémité de l'aiguille, la seconde située sur le côté opposé est à un ct plus bas que la première.

Le trocart capillaire est un conduit métallique de 5 cts de longueur, de 12/10 de diamètre, à extrémité mousse, dans lequel s'introduit une lame à extrémité piquante. Il porte trois fenêtres ovales situées à son extrémité et à 7mm de distance l'une de l'autre. Une fois dans la plèvre on enlève la lame, on adapte la seringue et le trocart muni de ses orifices latéraux peut fouiller la plèvre dans tous les sens.

Cette ingénieuse disposition donne, cela se comprend, plus de chance pour la rencontre du liquide tout en diminuant les dangers de déchirure. Cependant dans la majorité des cas nous nous sommes servi de l'aiguille de Pravaz avec succès et ce n'est que dans des conditions de recherches minutieuses motivées par une première ponction négative, malgré un signe des spinaux des plus nets, que nous nous servons soit de l'aiguille, soit du trocart.

Les dangers sont nuls ou à peu près nuls et on peut adopter les conclusions de Macaigne dans son livre du Praticien « *les Maladies de la plèvre* ».

« Pour ce qui nous importe, nous devons retenir que les accidents de syncope, épilepsie, convul-

sions, hémiplégie, blessures du poumon, hémoptysie, asphyxie mortelle, mort subite, sont des éventualités si rares que, dans la pratique, on ne doit en tenir compte que dans les limites suivantes : si l'on est en présence d'un très gros épanchement provoquant un déplacement des viscères médiastinaux et surtout si l'état général du sujet est précaire il faut avant la ponction prévenir. Puis on la pratiquera en bougeant le moins possible le patient et avec toutes sortes de lenteur et douceur. Cette éventualité ne doit pas troubler le médecin.»

Ajoutons que Ramond sur plus de 3.000 ponctions exploratrices n'a jamais eu d'accidents même pas d'incidents.

D. De la radioscopie :

La radioscopie ne fournit des renseignements utiles que pour les épanchements d'un certain volume. Ramond a souvent constaté la parfaite transparence des deux bases à l'écran alors qu'il y avait cependant une exsudation d'un demi à 1 c^{t}. d'épaisseur.

Dans certains cas cependant nous avons pu constater en faisant incliner le thorax latéralement du côté de l'épanchement, une ombre légère latérale due probablement à l'accumulation du liquide à cet endroit.

En somme la radioscopie n'a pas donné ce qu'on était en droit semble-t-il d'attendre d'elle pour affir-

mer la présence du liquide en petite quantité dans une plèvre, témoin, cette radiographie que nous donnons, de Fernand R., dont nous publions l'observation. La ponction exploratrice à droite et à gauche a été faite une heure après la prise de la radiographie. La parfaite transparence du cul de sac pleural droit n'en coïncide pas moins avec certaine quantité de liquide facile à retirer et aussi avec un signe des spinaux des plus nets.

OBSERVATION I

Fernand R. 77 ans, cordonnier. Entre le 16 avril à l'hôpital Necker. Malade, maigre, pâle : il tousse et crache depuis longtemps.

A eu une hémoptysie abondante il y a 8 jours.

Examen : Crachats muco-purulents abondants.

Au poumon. *A gauche*, en arrière, pectoriloquie aphone. Egophonie.

Souffle rude aux 2 temps.

Quelques râles congestifs.

Disparition des vibrations dans les 2/3 inférieurs.

Signe des spinaux positif.

A droite, en arrière, diminution des vibrations.

Submatité du 1/3 inf.

Respiration soufflante.

Signe des spinaux très net, plus net qu'à gauche.

Ponction exploratrice, 1 heure après la radiographie :

A droite : on ramène facilement du liquide.

A gauche : lame de liquide seulement.

Radiographie : Ombre du 1/3 inférieur du poumon gauche.

Parfaite transparence du poumon droit.

CHAPITRE II

Dans ce chapitre nous nous proposons de chercher quelle voie l'infection peut suivre pour contaminer les 2 plèvres et quelles preuves anatomiques et expérimentales on peut apporter à son appui.

Tout d'abord, constatons que chez l'homme, du moins, les 2 plèvres constituent 2 cavités bien distinctes et étanches, sans abouchement, ni conduit séreux comme cela arrive chez quelques animaux.

Est-ce la voie sanguine ? Non sans doute : « on ne conçoit guère, en effet, une infection partant d'une plèvre, se déversant dans le torrent circulatoire et allant contaminer uniquement la plèvre opposée. D'ailleurs les plèvres,comme toutes les séreuses, ne sont pas des membranes filtrantes nertes : si elles sont perméables du dedans en dehors c'est-à-dire si elle absorbent facilement un contenu ainsi que

Boidin et moi l'avons déjà démontré pour le bleu de méthylène, le salicylate de soude, l'iodure de potassium etc., elles semblent, en revanche, être imperméables de dehors en dedans ainsi que le démontre facilement l'expérience suivante, faite à la consultation de médecine : un pleurétique reçoit en injection du bleu de méthylène ou ingère 3 grammes de salicylate de soude sans que son épanchement renferme le lendemain des quantités appréciables de bleu de méthylène ou de salicylate de soude. De même si l'on injecte sous la peau d'un cobaye 5 centigrammes d'encre de Chine, ou de bleu de méthylène dans 1 à 2 cts. cube d'eau, on constate que la matière colorante se répand dans tout le tissu cellulaire sous-cutané et les espaces interstitiels sous-jacents, mais n'envahit pas la cavité pleurale. En somme, les plèvres se comportent dans le cas présent comme les méninges parfaitement imperméables de dehors en dedans. La voie sanguine n'est donc pas celle qui suit l'infection d'une plèvre à l'autre. Reste la voie lymphatique que l'anatomie et l'expérimentation nous démontrent devoir être la seule empruntée. »

Si nous jetons un coup d'œil sur l'atlas des lymphatiques des plèvres de Sappey nous voyons que les plèvres sont entourées d'un riche réseau lymphatique qui les met en relation d'une part avec les poumons, c'est le réseau pulmonaire ; d'autre part avec la cage thoracique et le diaphragme, c'est le réseau diaphragmatique.

Avant de donner une description complète de ces vaisseaux lymphatiques nous parlerons d'un certain nombre de pleurésies bilatérales dues à une lésion pulmonaire double propagée simultanément aux 2 plèvres par le réseau pulmonaire, indépendamment du réseau diaphragmatique le plus communément suivi par l'infection qui passe d'une plèvre à l'autre. Ces considérations nous autorisent à donner la description anatomique des lymphatiques pulmonaires ; nous la ferons suivre de quelques observations.

Nous empruntons cette description à l'atlas des lymphatiques de Sappey.

« Des réseaux qui recouvrent la périphérie de lobules et la surface interne des canaux aérifères partent des troncs en grand nombre qui ont été distingués en superficiels et profonds. Cette distinction peut être conservée mais à la condition de reconnaître qu'elle est de pure convention et que les 2 ordres de troncs se trouvent partout en larges communications, de telle sorte qu'on ne saurait injecter les uns sans remplir les autres.

Les troncs profonds naissent à la fois des lobules profonds et des conduits aérifères compris dans leurs intervalles ; ils s'appliquent à la surface externe de ces conduits, les suivant dans leur trajet en convergeant de toutes parts de la périphérie des poumons vers leurs racines, puis se terminent dans les ganglions qui entourent les 1res divisions des bronches.

Les troncs superficiels naissent des lobules sous pleuraux et des canalicules situés dans leur épaisseur. La base de chaque lobule est entouré d'un anneau irrégulièrement polyédrique à 4, 5 ou 6 côtés inégaux qui sépare ce lobule des lobules environnants et qui leur est commun : tous les ramuscules de leur face pleurale s'ouvrent en effet dans cet anneau circum-lobulaire. Ceux qui recouvrent les faces par lesquelles ces lobules adjacents s'appliquent au lobule central s'abouchent également dans sa cavité : des angles de l'anneau partent des troncs du même calibre qui se continuent avec les angles des anneaux circum-lobulaires voisins. Ainsi se constitue à la surface des lobes de chaque poumon un vaste plexus peri-lobaire composé de l'ensemble des anneaux circum-lobulaires lequel se comporte à leur égard comme les réseaux péri-lobulaires à l'égard des lobules. Ces anneaux circum lobulaires donnent naissance aux troncs superficiels qui offrent sur chaque lobe une disposition différente.

Les vaisseaux lymphatiques des poumons considérés aux divers âges ne présentent pas de différences bien sensibles. Chez l'enfant naissant ils sont déjà très développés, aussi leur injection alors est-elle facile, plus facile même que chez l'adulte. Lorsqu'après avoir injecté les poumons à la gélatine on cherche à les mettre en évidence, on voit souvent, à la première piqûre, le réseau qui recouvre leur périphérie se remplir de proche en proche sur une large surface et on reste surpris du calibre relative-

ment considérable qu'ils présentent. En rapprochant ce fait de la richesse du réseau qui recouvre au début de la vie l'arbre aérifère dans toute son étendue, on comprend sans peine la fréquence, la variété et la gravité des lésions dont l'appareil de la respiration devient le siège dans les premières années qui suivent la naissance. *Plus tard*, le système lymphatique s'atrophie sur le tronc de l'arbre aérifère et sur ses premières divisions. »

Après la lecture de la description que nous venons de donner du réseau lymphatique pulmonaire, après la constatation que fait Sappey de l'importance de ce réseau chez l'enfant, nous nous sommes demandé si la fréquence des réactions pleurales chez l'enfant n'était pas en rapport avec la fréquence des affections pulmonaires. Nous avons recueilli plusieurs observations de pleurésies consécutives à une affection pulmonaire chez l'enfant, à Bretonneau, dans le service de M. Guinon, qui nous a reçu avec beaucoup d'obligeance. Nous en publions quatre. La ponction de contrôle du côté opposé à la plèvre cliniquement malade n'a pas été faite. Elles n'ont donc d'autre intérêt ici que celui de démontrer que fréquemment la plèvre réagit à cet âge contre une affection pulmonaire. Nous pensons que cette fréquence est fonction de l'importance du réseau lymphatique chez l'enfant et qu'en conséquence les pleurésies bilatérales chez l'enfant peuvent s'expliquer parfois par une lésion pulmonaire double.

OBSERVATION II

Enfant de 7 ans.

Entre à l'hôpital Bretonneau pour pneumonie dont l'évolution est normale.

Deux jours après la défervescence on constate à la base gauche quelques signes pouvant faire penser à un épanchement pleural. Submatité. M. V. diminué.

Signe des spinaux positif à gauche.

Ponction positive du même côté.

Pas de signes fonctionnels. Pas de T.

Examen cytologique :

Grande abondance de leucocytes.

Polynucléaires 62 °/₀.

Grands monomucléaires 20 °/₀.

Lymphorytes 18 °/₀.

Pas de microbes.

On ne remarque rien d'anormal du côté droit.

On ne fait pas la ponction exploratrice.

La radioscopie donne une ombre très légère dans le cul de sac gauche. A droite, transparence parfaite. L'enfant quitte le service le 28 mars.

OBSERVATION III

Aristide G., 5 ans.

Entré le 19 mars à l'hôpital Bretonneau.

Examen : A droite :

En arrière, matité relativement forte, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Pas de modification du M. V.

Pas de souffle. Pas de râle.

En avant. Matité au sommet. Douleurs à la percussion, dans l'aisselle. Matité dans l'aisselle et diminution des vibrations.

Signe du spinal très net de ce côté.

A gauche, rien d'anormal.

Ponction exploratrice dans l'aisselle à droite ramène du liquide trouble.

Examen cytologique :

Nombreux leucocytes.

Polynucléaires 63 o/o.

Lymphocytes 37.

Quelques grands monomucléaires.

Pas de placards endothéliaux, pas de microbes.

OBSERVATION IV

Enfant âgé de 6 ans.

Entre le 14 mars pour typhoïde à l'hôpital Bretonneau.

Examen des poumons 26 mars :

A gauche : dans le 1/3 inférieur en arrière.

Matité.

Obscurité respiratoire à la base.

Abolition du M. V,

Dans la région moyenne du poumon on constate un gros souffle surtout inspiratoire.

A la fin de l'inspiration quelques sous-crépitants.

Signe des spinaux net de ce côté.

A Droite ; respiration un peu forte.

On note un signe des spinaux très net ; mais la ponction n'est pas faite de côté.

Ponction exploratrice positive à gauche.

Examen cytologique :

Très nombreux leucocytes, la plupart en pleine dégénérescence.

Polynucléaires 47 o/o.

Grands mononucléaires 39 o/o.

Lymphocytes 14 o/o.

Pas de microbe.

OBSERVATION V

A. Marcelle, 2 ans.

Entre le 17 mars à l'hôpital Bretonneau.

Enfant dyspnéique.

Examen : *à gauche*, en arrière.

Matité du 1/3 inférieur.

Inspiration rude.

Quelques sous-crépitants après le cri.

Skodisme sous la clavicule gauche.

Signe des spinaux.

A droite, en arrière.

Respiration forte.

Ponction exploratrice à gauche :

Un peu de liquide trouble.

Examen cytologique :

Polynucléose abondante.

Nombreux pneumocoques.

27 mars : ***Radioscopie***.

Obscurité de tout le côté gauche : cette obscurité laisse voir cependant les côtes. La poche à air est très nette. Il

ne semble pas y avoir du liquide. M. Lobligeois croit que s'il y en a, il est très peu abondant. Il pense plutôt à un épaississement de la plèvre.

Cependant en inclinant l'enfant du côté malade on voit apparaître une zone plus obscure latérale.

A ces observations nous pourrions en ajouter d'autres. Elles suffisent à démontrer par leur symptomatologie pulmonaire qu'elle était la nature de l'affection, par leur examen cytologique ou microbiologique que la réaction pleurale est de même origine que l'inflammation du poumon. Nous n'en avons pas trouvé à formule cytologique tuberculeuse.

Notons que le signe du spinal facile à chercher, si l'on prend la précaution de coucher l'enfant sur le ventre et de palper doucement la région lombaire, s'est montré fidèle. Dans un cas, observation nº 4, il était bilatéral, plus accentué du côté cliniquement sain.

Nous croyons donc que l'infection des deux plèvres peut se faire par ce procédé sans l'intermédiaire du plexus lymphatique diaphragmatique surtout chez l'enfant et sans doute parfois même chez l'adulte comme tendrait à nous le faire admettre l'observation nº 6 d'un malade atteint de broncho-pneumonie et de pleurésie double.

OBSERVATION VI

Malade âgé de 27 ans. Valet de chambre, entrant le 19 mars à l'Hôpital Beaujon.

Son état fait penser à une fièvre typhoïde.

La séro réaction est nettement négative.

La température se maintient aux environ de 40°.

Quelques jours après son entrée, l'auscultation des poumons révèle un foyer de broncho-pneumonie à droite

Le 17 à la base du poumon gauche en arrière on note une légère diminution du M. V. une abolition des vibrations thoraciques.

On fait une ponction exploratrice qui est positive.

Le 21, une légère diminution du M. V. et un peu de submatité à la base droite en arrière font soupçonner un léger épanchement. On entend aussi quelques râles fins à la fin de l'inspiration. La ponction exploratrice est positive.

L'examen cytologique du liquide pleural donne une polynucléose accentuée, des deux côtés. On trouve du pneumocoque dans les deux plèvres.

Le 28 pour la première fois, je vois le malade, aux deux bases on entend des râles fins. On perçoit le M. V. Les vibrations restent diminuées.

Le signe des spinaux est positif des deux côtés. Il est plus marqué à droite qu'à gauche.

Nous n'en sommes pas moins convaincu que, dans tous les cas d'affection pulmonaire unilatérale coïncidant avec une double pleurésie, ou plus fré-

quemment encore, dans tous les cas de pleurésies bilatérales séro-fibrineuses sans lésion pulmonaire du moins apparente, l'infection s'est propagée d'une plèvre à l'autre par l'intermédiaire du plexus lymphatique du diaphragme. C'est à Sappey que nous empruntons la description des rameaux lymphatiques du diaphragme chez l'homme.

Après avoir décrit les lymphatiques de la face concave de ce muscle, il ajoute : « Vus sur la face supérieure ou convexe du diaphragme, ces vaisseaux lymphatiques offrent un aspect bien différent. Les ramuscules émanés de la face inférieure et de l'épaisseur du faisceaux fibreux et charnus apparaissent innombrables au-dessous de la plèvre. En s'anastomosant à l'infini, ils donnent naissance à un réseau superficiel qui recouvre cette face convexe dans toute son étendue. Ce réseau n'offre pas la même disposition sur la portion aponévrotique et sur la portion musculaire. Celui qui recouvre les 2 folioles postérieures du centre aponévroique est surtout caractérisé par la fermeté des ramuscules qui le composent. Il semble disparaître sur la foliole antérieure qui adhère au péricarde, d'où la difficulté avec laquelle il se laisse injecter et peut être aussi son absence plus apparente que réelle. Ce n'est que sur sa périphérie, c'est-à-dire au niveau de sa continuité avec la portion charnue que l'on parvient à le rendre évident.

Les vaisseaux lymphatiques sur la portion musculaire du diaphragme se disposent aussi en ré-

seau. Mais ce réseau est plus compliqué. Il comprend une partie profonde ou périfasciculaire, et une partie superficielle ou sous pleurale. La première se compose d'un nombre infini de petits réseaux qui entourent les faisceaux charnus depuis les plus minimes jusqu'aux plus gros en formant à chacun d'eux une enveloppe complète reliée à celle du faisceaux de fascicules ambiant...

A la superficie des muscles, tous ces réseaux périfasciculaires se continuent entre eux ; de leur fusion résulte le réseau superficiel ou sous-pleural. Celui-ci n'apparaît qu'à la suite d'une injection très pénétrante. Au début on ne voit d'abord que les réseaux partiels ou périfasciculaires les plus petits, puis des réseaux plus larges et enfin des réseaux qui recouvrent la portion charnue sur une étendue plus ou moins grande.

Les troncs antérieurs lymphatiques du diaphragme de l'homme, divisés en deux groupes, rampent sur ses parties latérales. Ils sont longs, flexueux, volumineux et toujours multiples, mais *s'anastomosent si fréquemment* dans leur trajet que leur nombre est assez difficile à déterminer, il est du reste variable. De leur communication il résulte, pour chacune des moitiés du muscle, le plexus des troncs collecteurs.

Les vaisseaux lymphatiques du diaphragme sont très développés à la naissance. On les injecte facilement à cet âge, soit sur le centre phrénique, soit sur la portion charnue. *Chez l'adulte et le vieillard, les deux faces du muscle, mais surtout sa face*

supérieure, sont unies fréquemment aux organes voisins par des adhérences qu'on peut considérer comme des traces d'angioleucites antérieures.

Ces lésions peu étudiées dans leur processus mériteraient cependant de fixer l'attention des médecins. Il existe très certainement des angioleucites diaphragmatiques dont les symptômes seraient intéressants à connaître, non seulement comme signe caractéristique de la lésion du muscle, mais aussi pour établir le diagnostic différentiel de cette lésion et de l'angioleucite pulmonaire.

Les adhérences qui unissent inférieurement la plèvre pariétale à la plèvre pulmonaire attestent donc la coexistence de 2 lymphangites. Mais il est probable que le plus souvent l'une est primitive et l'autre consécutive. Les pathologistes qui ont fait une étude si approfondie des maladies de l'appareil respiratoire semblent ne pas soupçonner que dans leur description il existe sur ce point une grave lacune ; s'ils veulent la combler une nouvelle série d'étude devient nécessaire ! »

La description de Sappey nous montre l'importance du vaste réseau lymphatique qui tapisse toute la face supérieure du diaphragme. Les troncs lymphatiques, sont longs flexueux, volumineux et toujours multiples. Ils s'anostomosent fréquemment. A plusieurs reprise il parle des nombreuses anostomoses qui relient les groupes laté-

raux ; et il nous est facile de comprendre qu'une infection des culs-de-sac pleuraux d'un côté se communique aux culs-de-sac de l'autre côté.

« Mais cette infection, dit Ramond, au cours de son cheminement lymphatique s'atténuera plus au moins de sorte que la pleurésie qui suivra sera toujours moins accusée que la pleurésie initiale. »

Ainsi s'explique avec vraisemblance la disproportion habituelle des pleurésies observées.

Cette vraisemblance s'accroît encore des constatations que fait Sappey, des adhérences fréquentes, communes de la face convexe du diaphragme avec les organes voisins. Il n'hésite pas en faire des traces d'angioleucites et demande aux cliniciens d'en analyser les signes. Sans doute ils ne doivent pas se manifester brutalement à l'observation clinique et peut-être qu'un des signes les plus constants de cette angioleucite diaphragmatique, marque non douteuse d'une infection qui a du prendre naissance dans un cul de sac pleural, est le signe des spinaux. On sait qu'il précède et accompagne la pleurésie.

Il est curieux enfin de rapprocher la fréquence des adhérences d'angioleucites diaphragmatiques de l'opinion que soutient Ramond, en s'appuyant sur la fréquence du signe des spinaux, après vérification par la ponction exploratrice, que la pleurésie est peut-être la plus fréquente des affections thoraciques.

L'expérimentation, de son côté, a fourni à Ra-

mond des preuves encore plus nettes des communications lymphatiques interpleurales. Si nous injectons, dit-il, dans la plèvre du cobaye un ou deux centimètres cubes d'eau renfermant par exemple cinq centigrammes de bleu de méthylène ou d'encre de chine on constate, dès les premières heures, que la plèvre opposée se remplit d'une serosité tenant aussi en suspension le colorant injecté, et, au bout de 48 heures, les 2 plèvres sont également colorées, enflammées. Dans quelques cas, l'infiltration colorante traverse le diaphragme, à travers les stomates de Ranvier et vient teinter le péritoine, sous diaphragmatique, puis toute la cavité péritonéale.

Par contre, le péricarde oppose une barrière à peu près infranchissable à l'injection.

Cette simple expérience de laboratoire facile à réaliser, explique non seulement la genèse des pleurésies bilatérales, mais aussi le retentissement péritonéal fréquent que nous avons souvent observé au cours des pleurésies aiguës ; elle nous montre pourquoi la pleurésie séro-fibrineuse s'accompagne rarement de péricardite de même nature.

Nous avons essayé de réaliser une expérience analogue chez le pleurétique atteint d'un double épanchement : après avoir injecté dans un côté 5 centigrammes de bleu de methylène, nous avons ponctionné le côté opposé 24 heures plus tard et nous avons pu trouver, dans le liquide retiré, des traces apparentes de bleu de méthylène ou de son leuco-dérivé.

La Pleurésie chez le cheval :

Les pleurésies bilatérales sont fréquentes chez les solipèdes. Elles sont bien connues, celles du cheval par exemple, et tous les vétérinaires s'accordent à en reconnaître la gravité. Des preuves anatomiques de communications directes entre les deux plèvres ont été affirmées par les uns, niées par les autres.

Les premiers : Montané et Bourdeile dans l'« Anatomie régionale des animaux domestiques » décrivent ainsi, le médiastin postérieur chez le cheval. « Il est beaucoup plus étendu que le médiastin antérieur, il va du cœur au diaphragme. Sa forme est triangulaire, à base supérieure et à sommet intérieur. La partie qui avoisine le sommet se fait remarquer par sa minceur : sur le cadavre elle apparaît même percée d'un grand nombre de petits trous qui lui donnent l'aspect d'une dentelle. C'est une séparation bien précaire des cavités pleurales ; le médiastin postérieur peut se rupturer avec la plus grande facilité chez le vivant comme sur le cadavre et amener la communication des sacs pleuraux.

« La pleurésie double généralisée à droite et à gauche est en effet le cas le plus fréquent chez le cheval. »

De même Chauveau et Arloing (dans l'Anatomie comparée des animaux domestiques), disent « qu'il importe de retenir l'aspect cribriforme du médiastin postérieur à sa partie inférieure car il explique pourquoi la pleurésie est presque toujours double chez les solipèdes et partant beaucoup plus grave en général que dans les autres espèces. »

Les seconds: Gourneau et Barrier pensent que les cavités pleurales ne communiquent pas du vivant de l'animal. L'aspect dentelé décrit plus haut du médiastin postérieur serait le résultat d'un accident post-mortem. D'ailleurs, ajoutent-ils, la localisation de la pleurésie, chez le cheval, a droite ou à gauche de la poitrine, quoique rare est possible.

Nous n'avons pas la l'intention de prendre parti dans ce débat : nous empruntons encore à Sappey la description des lymphatiques du diaphragme chez le cheval, et par analogie avec ce que nous avons dit plus haut, on peut trouver, semble-t-il, dans la richesse des lymphatiques de ce muscle, une raison de la gravité des infections des 2 plèvres chez cet animal indépendamment des communications directes interpleurales qui peuvent exister.

« Le diaphragme du cheval est particulièrement remarquable par l'énorme développement de son système lymphatique. C'est sur ce muscle que cheminent les plus gros conduits affectés au cours de la lymphe.

Le cheval, sous ce rapport, marche en tête de la série animale. Seuls l'éléphant et la baleine, chez lesquels il ne m'a pas été donné de les étudier, pourraient l'éclipser sous ce rapport. Mais ce n'est pas seulement par le large calibre de leurs troncs collecteurs que les vaisseaux lymphatiques se distinguent chez ce puissant mammifère, c'est aussi par l'abondance des gros troncules qui viennent s'ouvrir dans leur cavité ; par le nombre infini de leurs

premiers radicules et par l'extrême ténuité de celles-ci à leur point de départ. Ces radicules naissent de la face concave. Parvenues sur la face convexe, elles continuent à s'anastomoser et forment sur cette face un incomparable réseau, comprenant des vaisseaux de toutes dimensions, dans lequel on ne saurait plonger l'aiguille la plus déliée sans en traverser plusieurs, d'où la facilité très grande avec laquelle on les injecte. Ce réseau, qui a pris naissance sur la face concave et dans l'épaisseur des faisceaux fibreux, est recouvert lui-même par une fine dentelle de canalicules microscopiques émanés de la face sous-pleurale de ces faisceaux, de sorte qu'on peut distinguer sur le centre phrénique trois réseaux superposés et continus : un fin réseau sous pleural, un fin réseau sous-péritonéal et un réseau intermédiaire formé par des vaisseaux de calibres très divers. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Avant de publier les observations qui vont suivre nous tenons à remercier les chefs de service MM. Achard, à Necker; M. Laignel-Lavastine, faisant l'intérim de notre maître, M. Faisans à Beaujon, de la grande liberté qu'il nous ont donnée pour la recherche de nos observations personnelles parmi leurs malades.

Nous nous réservons, à la fin, de donner les interprétations que quelques-unes méritent.

OBSEVATION VII

Début une semaine. Le malade accuse de la céphalée, du malaise, de la perte d'appétit, un peu de fièvre et des douleurs dans les régions lombaires des 2 cotés. Peu ou pas d'essouflement. Légère toux sèche.

Examen : La palpation, révèle une légère diminution des vibrations thoraciques dans les 2 bases en arrière.

A l'aulscultation on perçoit une diminution du murmure vésiculaire avec une expiration légèrement soufflante.

Egophonie légère, pas de pectoriloquie aphone.

Le signe des spinaux est assez accusé des 2 côtés surtout à droite.

La ponction exploratrice révèle un léger épanchement des deux cotés plus abondant à droite.

OBSERVATION VIII

D. 46 ans livreur.

Le malade accuse une douleur en demi-ceinture à la base du thorax, à gauche.

Examen — A gauche : Très légère submatité à la base en arrière.

Râles assez nombreux de congestion.

Persistance des vibrations.

A droite : Submatité, diminution des vibrations.

Râles congestifs et diminution du M. V.

Le signe des spinaux est très marqué surtout à gauche

La ponction exploratrice donne :

A droite : liquide séro-fibrineux en abondance.

A gauche : Mince lame de liquide séro-fibrineux.

OBSERVATION IX

28 ans, ébéniste.

Début : il y a 5 jours par un point de coté à droite.

Examen — A Droite : Abolition des vibrations.

A la percussion, grosse matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Disparition du M. V. à l'auscultation.

A gauche : Aucun signe d'épanchement.

Signe des spinaux, positif des deux cotés, plus marqué à droite.

Ponction exploratrice positive des deux côtés.

OBSERVATION X

42 ans, maçon.

Au mois d'août 1913 le malade a eu une pleurésie à droite.

Le 8 décembre il se présente à nouveau avec tous les signes classiques d'un gros épanchement gauche remontant jusqu'a l'épine de l'omoplate.

A droite rien d'anormal à l'examen.

Cependant le signe des spinaux est positif des 2 cotés.

La ponction exploratrice ramene une petite quantité de liquide à droite.

OBSERVATION XI

20 ans.

Début il y a 8 jours avec dyspnée, frisson, faiblesse générale.

Examen : A gauche : Submatité légère.

Diminution des vibrations.

Respiration diminuée.

A droite : Aucun signe physique d'épanchement.

Le signe des spinaux est positif des 2 côtés.

La ponction exploratrice ramène une lame de liquide des 2 côtés.

OBSERVATIONS XII

Garçon de 18 ans, serrurier.

Examen : A droite :

Vibrations abolies.

Diminution du M. V.

Matité (4 travers de doigt).

A gauche :

Pas de signes physiques : sauf une légère submatité répondant au triangle de Grocco.

Le signe des spinaux est très net à droite et à gauche et est même plus accentué à gauche.

La ponction exploratrice est positive des 2 côtés.

OBSERVATION XIII

S. F., 28 ans, présente à l'examen fait le 17 nov. 1913, à la consutation de St-Antoine un gros épanchement à droite avec matité.

Souffle expiratoire.

Pectoriloquine aphone.

Egophomie. Signe des spinaux.

A gauche : aucun signe stéthoscopique, mais le signe du spinal est très net.

La ponction exploratrice est positive à droite comme à gauche.

OBSERVATION XIV

20 ans, épicier.

Vient consulter parce qu'il tousse.

Examen : A l'auscultatien on ne constate aucun signe d'épanchement. La percussion reste sonore. Mais on remarque de la contracture des spinaux des 2 côtés. Ceux de droite le sont plus que ceux de gauche.

Ponction exploratrice :

A droite une lame de liquide.

A gauche, liquide sero-fibrineux en plus grande quantité.

OBSERVATION XV

43 ans, garçon laitier.

Vient consulter parce qu'il tousse et se sent fièvreux. Il accuse en outre de l'opression depuis une quinzaine de jours.

Examen : La percussion et l'auscultation révèlent un épanchement pleural gauche.

A droite : aucun signe de pleurésie.

Le signe des spinaux est bilatéral.

On fait une ponction dans la plèvre droite, elle ramène une mince lame de liquide.

OBSERVATION XVI

23 ans, cimentier.

A. P. — Tuberculose au 2e degré.

Vient consulter pour un point de côté gauche.

Examen. — A droite :

Submatité remontant à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Les vibrations sont conservées et on entend le M. V.

A gauche : On ne trouve aucun signe sthétoscopique d'épanchement. Pas de matité. Les vibrations sont perçues.

Le signe des spinaux est bilatéral.

La ponction double exploratrice ramène du liquide citrin à droite ; du liquide roussâtre à gauche.

OBSERVATION XVII

36 ans, cordonnier.

La maladie a débuté il y a huit jours par des frissons et un point de côté.

Examen : Tous les signes classiques de la pleurésie à gros épanchement *à gauche.*

A droite, aucun signe de pleurésie.

La respiration est rude ; les vibrations sont conservées.

Le signe des spinaux est bilatéral.

On ponctionne la plèvre droite et on retire une légère lame de liquide.

OBSERVATION XVIII

28 ans, tourneur sur bois.

Début, il y a 8 jours par un point douloureux sous mammaire à gauche.

Examen — A gauche : Grosse matité remontant haut.

Abolition du M. V.

Disparition des vibrations à la palpation.

A droite : Pas de signe d'épanchement.

Signe des spinaux double, très marqué à gauche.

Ponction exploratrice faite à droite seulement.

Dans le 8e espace intercostal, elle est négative.

Dans le 9e elle est positive.

OBSERVATION XIX

B. 15 ans.

Examen : Pas de signes physiques de pleurésie sauf une submatité très faible à gauche, plus forte à droite.

Signe des spinaux très net des deux côtés.

Ponction exploratrice, positive des deux côtés, indique un épanchement marqué à droite, une légère lame de liquide à gauche.

8 jours après 11 décembre.

Signe des spinaux toujours très marqué, plus à gauche qu'à droite.

Diminution du M. V. aux 2 bases.

Toux inconstante. Pas de fièvre.

19 décembre : Signe des spinaux toujours net, plus accusé encore à gauche qu'à droite.

Les deux bases sont mates.

Les vibrations sont plus abolies à gauche qu'à droite.

Le M. V. très diminué des 2 cotés.

OBSERVATION XX

54 ans, charretier en charbon.

Début il y a 3 semaines ; Toux intense avec expectoration abondante.

Douleurs diffuses au thorax droit.

L'auscultation révèle des râles congestifs pleuro-pulmonaires aux 2 bases.

Le signe des spinaux est positif des 2 cotés. Ponction double négative.

Le 12-1-14 : c. a. d. 8 jours après.

Submatité très légère aux 2 bases.

Vibrations thoraciques conservées.

Très légère diminution du M. V. à droite. Quelques phénomènes congestifs à la base droite.

Signe des spinaux persiste des 2 côtés.

Ponction exploratrice dénote du liquide abondant des 2 côtés, surtout à droite.

OBSERVATION XXI

C., 17 ans, garçon de magasin.

Vient consulter le 12 décembre parce qu'il toussait. A ce moment, il n'avait aucun épanchement, absence de liquide vérifiée par une ponction double exploratrice. Mais le jeune malade présentait un signe des spinaux bilatéral tellement net qu'on le prie de revenir le 16 décembre.

Ce jour-là, le malade n'accuse plus de toux et ne présente aucun signe d'épanchement à l'auscultation et à la percussion. Les vibrations sont conservées.

Le signe bilatéral des spinaux persiste.

La ponction exploratrice des 2 plèvres ramène du liquide sero-fibrineux en grande quantité.

OBSERVATION XXII

29 ans. Marchand de vins.

A. P. Rhumatisme articulaire aiguë, 1911.

Retrecissément mitral consécutif.

Examen : Etat d'hyposystolie très marqué.

Les yeux présentent du subictère apparu il y a un an.

Le visage est cyanosé.

La dyspnée est intense.

Le foie est gros.

Le ventricule droit est très dilaté ; la pointe du cœur est rejetée à gauche.

A l'auscultation du poumon, aucun signe de congestion ou d'épanchement.

A l'inspection le signe des spinaux est positif à gauche, plus marqué à droite.

Ponction exploratrice positive des 2 côtés avec liquide ictérique.

OBSERVATION XXIII

I., 64 ans.

Vient consulter pour dyspnée, 14 octobre 1913.

Antécédents :

A eu il y a 20 ans une pleurésie du côté gauche.

Il y a un an, nouvelle pleurésie à droite. Ponction.

Examen : Gros épanchement à droite avec signes classiques.

A gauche : aucun signe physique d'épanchement. Mais le signe des spinaux est nettement positif.

Ponction exploratrice positive des 2 côtés.

Notons qu'à l'auscultation du cœur on perçoit un bruit de galop ;

que les urines présentent un léger nuage d'albumine,

que les yeux ont une pupille inégale.

OBSERVATION XXIV

15 ans.

Antécédents personnels :

Lupus de la face.

Tousse depuis six mois.

Le malade vient consulter pour un point douloureux sous mammaire à gauche qui a débuté il y a 4 jours.

Examen :

A gauche :

Légère submatité

Respiration plutot forte,

Vibrations conservées.

A droite :

Aucun signe d'épanchement.

Double signe des spinaux très marqué, mais plus prononcé à gauche.

Ponction exploratrice :

A gauche, liquide séro-fibrineux abondant.

A droite, mince lame de liquide.

OBSERVATION XXI

19 ans. A Paris depuis 10 mois.

Sa maladie a débuté il y a 20 jours par un double point de côté qui a persisté avec intensité pendant 10 jours environ. La douleur s'est bien atténuée depuis.

Examen : Signes physiques et fonctionnels d'un gros épanchement à gauche.

A droite aucun signe d'épanchement. Le signe des spinaux est bilatéral.

La ponction exploratrice révèle à droite l'existence d'une mince lame de liquide.

OBSERVATION XXVI

O., âgé de 18 ans, vient consulter parce qu'il tousse.

Examen : aucun signe classique net de pleurésie.

Les vibrations sont conservées.

La respiration paraît un peu plus forte à gauche.

La percussion forte donne une légère submatité à gauche.

Cependant les spinaux sont très nettement élargis et contracturés des deux côtés.

La ponction exploratrice ramène de la plèvre gauche du liquide citrin.

La ponction à droite est négative.

8 jours après. La ponction droite est positive.

OBSERVATION XXVII

C., âgé de 44 ans, vient consulter pour un point de coté qui a débuté laveille et parce qu'il tousse.

Examen :

La percussion est sonore sur les 2 bases du poumon.

Le M. V. s'entend sur toute la hauteur des poumons.

Seules les vibrations sont un peu diminuées à gauche.

Le signe des spinaux est très accentué des 2 cotés mais surtout à droite.

Ponction exploratrice ramène du liquide de la plèvre gauche.

De la plèvre droite on ramène une lame de liquide.

OBSERVATION XXVIII

L., 8 ans, serrurier.

Le malade vient consulter pour une douleur très vive dans la région dorsale.

Examen :

Comme symptômes fonctionnels notons de la toux et de la dyspnée.

La fièvre est assez forte 39°.

Aucun signe sthétoscopique de pleurésie pas plus à droite qu'à gauche.

On entend des râles sibilants disséminés : le M. V.

s'entend très bien. Les vibrations sont nettement conservées. Pas de matité.

Le signe des spinaux est net à droite et à gauche.

Ponction exploratrice est positive des 2 cotés.

OBSERVATION XXIX

M. G. J., fourreur, âgé de 64 ans, vient consulter à l'hôpital St-Antoine parce que dit-il il est essoufflé. Le 6 janvier 1914.

Son essoufflement remonte au mois de juillet 1913. Il accusait à ce moment de légers frissons, de la toux sèche, un vague point de côté au dessous du mamelon gauche.

Il a été traité par les pointes de feu et les diurétiques qui l'ont légèrement amélioré.

Examen : Dyspnée d'effort assez marquée ; un peu de toux et un peu de fièvre (37.3 matin) sont les seuls symptômes fonctionnels qu'il présente.

L'état général est assez bon, l'appétit est conservé et le sommeil calme.

A l'exploration on note : 1° Du côté gauche une matité remontant à 2 ou 3 ct. au dessus du triangle de l'omoplate en arrière, jusqu'au 4e espace intercostal en avant. L'espace de Traube est mat. Les vibrations thoraciques ont disparu. Le cœur est légèrement dévié à droite.

L'auscultation révèle la disparition du M. V., un souffle doux inspiratoire, de l'égophomie, de la pectoriloquie aphone.

Le signe du spinal est très net.

Du côté droit :

Le triangle de Grocco est nettement submat.

Diminution du M. V.; pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone,ni de souffle.Les vibrations sont conservées.

Signe du spinal assez marqué.

La ponction exploratrice révèle du liquide à gauche et à droite.

OBSERVATION XXX

Eugène D., terrassier, 33 ans.

Entre à l'hôpital Necker le 27 avril.

Début 8 jours auparavant par fièvre, toux sèche douleur à l'épaule gauche et point de côté.

Examen :

A gauche :

Signes de pleurésies à épanchement moyen.

Signe des spinaux très accentué.

A droite :

Signe de Grocco.

Signe des spinaux moins accentué qu'à gauche.

Aucun autre signe d'épanchement.

Le 29 avril : Ponction évacuatrice de 800 gr. à gauche.

Le 30 avril : Ponction exploratric positive à droite.

OBSERVATION XXXI

Malade, âgé de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 15 mars pour bronchite.

Examen le 28.

Signes de bronchite : Roncus et sibilants. Pas de modification du M. V. dans les deux poumons. La température oscille aux environs de 38,4.

Le signe des spinaux est positif des deux côtés.

La ponction exploratrice est positive des deux côtés.

OBSERVATION XXXII

Malade âgé de 30 ans, entre le 10 mars à l'hôpital Beaujon pour pleurésie gauche.

Examen le 28 mars : Signes de pleurésie à gauche.

A droite : Aucun signe de pleurésie.

Sonorité parfaite.

M. V. perçu.

Vibrations légèrement diminuées.

Le signe des spinaux positifs des 2 côtés est plus accentué à droite qu'à gauche.

La ponction exploratrice ramène une lame de liquide.

OBSERVATION XXXIII

Malade âgé de 58 ans. Entré le 29 mars à l'hôpital Beaujon, pour pleurésie gauche.

Examen : A gauche :

Signes de pleurésie moyenne.

A droite : Aucun signe.

Le signe des spinaux positif des 2 côtés est plus marqué à droite.

La ponction exploratrice des 2 côtés est positive.

La formule cytologique est identique des 2 côtés.

Nombreux lymphocytes.

La réaction de Rivalta est positive des 2 côtés.

OBSERVATION XXXIV

Malade âgé de quarante ans, garçon de magasin.

Entre à l'hôpital Beaujon pour pleurésie droite le 2 mars.

Ponction le 5 mars.

On retire 150 gr. de liquide citrin à formule lymphocytique.

Examen personnel le 28 mars :

Signe de pleurésie persistant à droite :

A gauche :

La base en arrière est parfaitement sonore.

Les vibrations sont conservées.

Le M. V. est normal.

Le signe des spinaux positif des 2 côtes est plus marqué à gauche qu'à droite.

La ponction exploratrice gauche révèle du liquide dont la formule cytologique est identique à celle de droite.

Nombreux lymphocytes.

Réaction de Rivalta positive à gauche.

OBSERVATION XXXV

Malade de 45 ans. Entre le 22 février à l'hôpital Beaujon pour pleurésie gauche.

Le 10 mars, ponction évacuatrice de 1 litre 1/2.

Examen le 28 mars :

Signes de pleurésie à gauche en voie de regression.

A noter une déviation très accentuée du cœur vers la droite.

A droite aucun signe de pleurésie.

Le signe des spinaux est positif des 2 côtés.

La ponction est positive des deux côtés.

L'examen cytologique des liquides est identique des 2 côtés. Nombreux lymphocytes.

Réaction de Rivalta positive à droite comme à gauche.

OBSERVATION XXXVI

Agé de 20 ans.

Début de la maladie il y a 8 jours par point de coté, toux.

Entre à l'hôpital St-Antoine le 23 mars.

Examen. — A gauche. — Matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Skodisme en avant.

Abolition du M. V.

Disparition des vibrations thoraciques.

A droite :

Légère matité dans le triangle de Grocco.

Diminution du M. V.

Diminution des vibrations thoraciques.

Ponction évacuatrice à gauche de 750 gr. de liquide citrin, dont la formule cythologique indique une abondante lymphocytose et quelques cellules endothéliales.

Ponction exploratrice à droite. On retire 3 cmc. de liquide plus clair à formule cytologique opposée à celui de gauche.

Polynucléose marquée.

Quelques éléments endothéliaux.

OBSERVATION XXXVII

B., 56 ans.

An. P. — Le malade a eu au mois de juin 1910, une pleurésie droite. Une ponction faite à ce moment a permis de retirer près de deux litres de liquide.

Le 1er mars 1914, le malade a eu un point de côte à gauche assez violent et des frissons. La toux est sèche, quinteuse. L'état général mauvais.

Examen : 17 mars.

A droite : Sonorité normale.

Persistance des vibrations.

Respiration forte.

A gauche : Submatité dans le 1/3 inférieur du poumon. Vibrations diminuées. M. V. presque abolie. Quelques râles de congestion.

Le signe des spinaux est très net à gauche, il existe à droite, mais diminué.

Ponction : positive à gauche.

— négative à droite.

Le 23, mêmes signes.

Ponction à droite toujours négative.

De cette longue et un peu monotone série d'observations, il résulte tout d'abord que le signe des spinaux, dans la plupart des cas, a été le seul signe clinique capable de faire soupçonner un léger épanchement. La ponction exploratrice pratiquée systématiquement en a contrôlé la valeur diagnostique.

Parfois moins accentué du côté apparemment sain, il s'est montré le plus souvent aussi net d'un côté que de l'autre, assez fréquemment plus accentué même que du côté cliniquement atteint.

Dans les observations 20 et 21, ce signe très accentué coïncidait avec une ponction exploratrice négative. L'évolution de la maladie ne tardait pas à montrer du liquide dans les plèvres et à lui donner raison.

Dans l'observation 19, ce signe s'accentuait de plus en plus à mesure que les autres signes cliniques d'épanchement apparaissaient.

Dans l'observation 37, le résultat négatif de la ponction faite à plusieurs reprises et à plusieurs

jours d'intervalle du côté où existait le signe des spinaux est dû très probablement à une symphyse pleurale du même côté, reste d'une ancienne pleurésie remontant à quelques années.

Dans deux cas, il coïncidait avec le signe de Grocco (observation numéros 29 et 30).

Enfin, ce signe a servi au diagnostic d'un épanchement pleural bilatéral chez un cardiaque et chez un brihtique (observation numéro 22 et 29).

Nous pouvons donc affirmer l'importance de ce signe dans toutes les affections de la plèvre. Les pleurésies bloquées, dont parle Dufour, Mosny et Harvier, dont le diagnostic est si souvent difficile, malgré la quantité de l'épanchement, trouveraient elles aussi dans le signe des spinaux un élément de confirmation de première valeur.

Remarquons, en second lieu, que presque tous les petits épanchements à la découverte desquels nous a servi si grandement le signe des spinaux accompagnaient une pleurésie cliniquement appréciable. Leur fréquence considérable peut s'évaluer à près de la moitié des cas.

Ils sont de nature inflammatoire et de même origine que celui du côté opposé. Dans les observations 33, 34, 35. l'examen cytologique du liquide s'est montré identique des deux côtés : nombreux lymphocytes et partant tuberculose des deux plèvres.

Dans l'observation nº 2 l'examen cytologique identique des 2 côtés a donné une nombreuse poly-

nucléose ; l'examen microbiologique de nombreux pneumoccoques.

Une fois cependant (observation 36) la formule cytologique de l'épanchement à droite s'est montrée différente de celle de l'épanchement à gauche. Une remarque s'impose à ce sujet. La formule cytologique de Ravaut et de Widal vaut pour un épanchement qui n'est pas en voie de formation. On sait qu'au début de tout épanchement pleural on observe comme dans les pleurésies non tuberculeuses une polynucléose marquée. La constatation d'une polynucléose à droite coïncidant avec une lymphocytose à gauche ne prouve pas que l'épanchement de droite n'est pas de même nature que celui de gauche. Il est logique de penser qu'on se trouvait, au moment del'examen, au début de l'inflammation de la plèvre droite.

Que deviennent ces petits épanchements ?

« Cette pleurésie latente « du côté sain », dit Ramond, évolue sans fracas à l'ombre de son aînée du côté opposé ; elle n'a point d'histoire et elle se contente de suivre l'évolution de sa voisine, mais modestement et de très loin. Elle disparaît vec elle sans laisser le plus souvent aucune trace de son passage. Parfois cependant elle prend un certain développement et finit par se manifester, elle aussi, par les symptômes classiques de tout épanchement raisonnable. Dans 2 cas son évolution nous a paru précipitée par la ponction et l'assèchement de la

plèvre opposée, comme si les 2 plèvres étaient des sortes de vases communicants. »

Enfin il était intéressant de demander à la réaction de Rivalta, facile à rechercher, la confirmation de la nature inflammatoire de ces petits épanchements. Positive des 2 côtés dans les observations 33 et 35, elle s'est montrée encore positive à gauche du côté apparemment sain dans l'observation 34.

CONCLUSIONS

1° Les pleurésies à petit épanchement sont restées inconnues jusqu'à nos jours par insuffisance de signes cliniques permettant de les révéler, ou même de les soupçonner.

Le signe des spinaux, contrôlé par la ponction exploratrice, est le seul capable de révéler une atteinte pleurale tout à son début. Il acquiert, de ce fait, une importance diagnostique toute exceptionnelle.

2° La fréquence d'un petit épanchement coïncidant avec un épanchement cliniquement appréciable du côté opposé est considérable. On peut l'évaluer à près de la moitié des cas.

3° Ce petit épanchement est de même nature que celui du côté opposé. L'examen cytologi-

que et la réaction de Rivalta le prouvent. C'est donc bien une pleurésie.

4° Les épanchements séreux dans les deux plèvres des brightiques et des cardiaques sont eux-mêmes révélés par le signe des spinaux bilatéral.

Vu : *Le Président de thèse*,
C. ACHARD

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)